



EDITORIAL

De la Enfermería basada en la evidencia a la práctica asistencial: la evaluación de resultados como elemento integrador



From evidence-based nursing to healthcare practice: The evaluation of results as an integrating element

Daniel Muñoz Jiménez

Área de Procesos, Investigación, Innovación y Sistemas de Información, Hospital Clínico San Carlos, Servicio Madrileño de Salud, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos, Madrid, España

El desarrollo científico de la disciplina enfermera es una realidad innegable. Si bien es cierto que la enfermería no cuenta de partida con una tradición equiparable al de otras ciencias en este ámbito¹, el esfuerzo realizado por los profesionales en las últimas 4 décadas ha culminado con un reconocimiento profesional y académico, que posiciona a la enfermería como una de las disciplinas científicas con mayor proyección de desarrollo para la investigación aplicada en la salud. El incremento de la producción científica, un mayor acceso a la financiación de proyectos competitivos, el desarrollo de programas de doctorado y la urgencia de nuevos grupos de investigación² son signos inequívocos de la reconfiguración de la enfermería hacia una nueva etapa científica. Indudablemente, son muchas las limitaciones que se han encontrado y muchas las barreras que quedan, aun por superar en la equiparación del reconocimiento y financiación de la investigación enfermera con respecto a otras disciplinas^{3,4}. No obstante, las enfermeras han de continuar su evolución científica natural, adaptándose y progresando en la producción, difusión y transferencia del conocimiento a la práctica. Precisamente sobre esta última, es sobre la

que radica uno de los mayores retos a los que se enfrenta la investigación enfermera en la actualidad.

De todos es conocida la característica brecha que existe entre el conocimiento y la práctica enfermera o más bien entre el conocimiento obtenido mediante el método hipotético-deductivo de la ciencia y el denominado conocimiento «tácito» obtenido a través de la práctica y la transferencia entre iguales⁵. El primero de ellos es un conocimiento fáctico, explícito, confiable, replicable y contrastable; el segundo es implícito, personal, intuitivo y contexto-dependiente. Ambos son elementos constituyentes del *corpus* y práctica actual de la enfermería, sin embargo, dichos elementos no guardan el equilibrio razonable que cabría esperar en una disciplina científica, puesto que, aun muchos profesionales depositan mayoritariamente su confianza en los conocimientos derivados de la experiencia y relegan el uso del conocimiento científico a situaciones puntuales⁶. Conscientes de las consecuencias que este desequilibrio supone en la práctica de los cuidados, aumenta la preocupación entre las enfermeras por fundamentar la toma de sus decisiones a partir de los mejores resultados de investigación disponibles, adaptándolas a las particularidades de cada paciente y contexto⁷. En el año 2000 se definió la «enfermería basada en la evidencia» (EBE) como un nuevo

Correo electrónico: dmunoz@salud.madrid.org

modelo que equilibra la ecuación y pondera el papel del conocimiento derivado de la investigación sobre el obtenido en la práctica. Limadas las asperezas onto-epistemológicas heredadas de los modelos positivistas originales, la EBE comenzó un amplio proceso de crecimiento y expansión internacional que se cristaliza en iniciativas como la desarrollada por *The Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing and Midwifery* y su representación nacional en el Centro Colaborador Español creado en 2004, el desarrollo en 2009 del Área de Cuidados de Enfermería de la Colaboración *Cochrane*⁸, el programa *Best Practices Spotlight Organizations* (BPSO[®]) de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)⁹⁻¹¹ o el proyecto SUMAMOS Excelencia[®] entre otros.

Los beneficios de la práctica clínica basada en evidencia (PCBE) han sido ampliamente descritos en la literatura científica¹². El uso de los resultados de investigación en la práctica diaria incide en una mejora de los resultados en salud y en la calidad de los cuidados prestados a la población, menores costes derivados de la atención, así como avances en la seguridad clínica y en la satisfacción del desarrollo profesional. Tal es su relevancia que ha pasado a considerarse una competencia esencial en la formación y evaluación profesional^{13,14}. Sin embargo, pese a que los indiscutibles beneficios de la implementación de la PCBE en las instituciones sanitarias son reconocidos y aceptados por los profesionales asistenciales, la implementación de prácticas basadas en la evidencia es lenta y deficiente¹⁵. Condicionantes individuales e institucionales influyen de una manera determinante en su implantación. A nivel individual se han reconocido importantes déficits competenciales en investigación, escasa capacidad crítica y limitados conocimientos de la PCBE entre los profesionales asistenciales^{16,17} que, en todo caso, reconocen ser usuarios de resultados de investigación, pero rara vez productores y manifiestan importantes limitaciones en la capacidad para la implementación de recomendaciones en la práctica¹⁸⁻²⁰. Otros factores como el peso de las costumbres, el inmovilismo y las rutinas delimitan un área de bienestar en la cual las prácticas tradicionales se erigen como dogma, un conocimiento antagónico a la PCBE que Hanrahan et al. denominaron *Sacred Cow*²¹. Los factores institucionales influyentes en la gestión del cambio tienen que ver con características de la organización, liderazgo, grupos de interés, estructuras, comunicación y recursos disponibles^{22,23}. Por tanto, la implantación de la PCBE requiere la planificación de estrategias integrales que transformen, de manera progresiva, la cultura de los profesionales y de las instituciones, con el fin de adoptar las prácticas más beneficiosas para la salud de la población de un modo sostenible.

Sin embargo, pese a que las iniciativas para la implantación de cuidados basados en la evidencia se extienden, resulta paradójico observar que las resistencias al cambio continúan presentes incluso en centros líderes en implantación, hecho que constata el gran reto al que nos enfrentamos las enfermeras^{21,24}. Comienza a analizarse el impacto que la especialización y el desarrollo de la práctica avanzada tendrán en la potenciación de la PCBE. El nivel de experiencia implícito en estos nuevos roles se asocia a mayores aptitudes para sintetizar y aplicar información derivada de la investigación^{25,26}. Asimismo, la disponibilidad de nuevas

tecnologías facilita el acceso inmediato a cantidades masivas de información científica, considerándose un factor favorecedor de la PCBE.

La evaluación de resultados y la práctica basada en la evidencia

Los principales modelos de la práctica basada en la evidencia contemplan 5 fases en su desarrollo²⁷. Las 3 primeras incluyen la formulación de la pregunta clínica, la búsqueda de evidencias y su valoración crítica. Las 2 últimas son fases clínicas, consistentes en la transferencia de la evidencia a la práctica y la evaluación de sus resultados.

La evaluación de resultados es la objetivación de los logros alcanzados mediante las buenas prácticas. Aunque *a priori*, toda recomendación avalada por la evidencia va a tener efectos de mejora tras su implantación, la evaluación de resultados permite cuantificar de manera precisa dichos cambios, pudiendo ser contrastados con el estándar preestablecido o con la situación basal previa a las intervenciones. La evaluación ideal es aquella que centra más atención en los resultados de salud, que en los procesos y la que emplea herramientas de medición sensibles a las intervenciones de enfermería.

El término indicador es el más ampliamente usado en evaluación y hace referencia a una característica relacionada con la salud de un individuo o población, cuya cuantificación permite conocer la magnitud de un problema, monitorizar cambios a lo largo del tiempo y evaluar hasta qué punto los objetivos son alcanzados.

El concepto indicador tiene su origen en la epidemiología, aunque su máximo desarrollo en el contexto clínico se ha asociado a la evaluación de la calidad asistencial y a la gestión. En el año 2003, el consorcio AGREE publica los criterios de evaluación de guías de práctica clínica, entre los que se considera que la existencia de criterios de monitorización y/o auditoría es un elemento clave de aplicabilidad²⁸. Protocolos y guías de práctica clínica acostumbraron a acompañarse de propuestas de indicadores que en muchas ocasiones no llegaban a evaluarse o no tenían trascendencia clínica. Es con el inicio de los procesos de certificación de la calidad, como los propuestos por *International Standardization Organization* (ISO 9001), *Joint Commission International* (JCI) o *European Foundation for Quality Management* (EFQM) con los que la evaluación de indicadores pasa de ser un requisito teórico a ser un criterio de excelencia. En el desarrollo del concepto de evaluación en enfermería cabe destacar la publicación, en el año 1997, de *Nursing Outcomes Classification* (NOC) como una normalización pionera de criterios de resultados e indicadores sensibles a la práctica enfermera. Lamentablemente, la aplicabilidad práctica de la clasificación de resultados NOC no ha sido proporcional al gran impacto teórico que ha tenido sobre los contenidos disciplinares. La validación e implementación de indicadores NOC en herramientas de valoración de enfermería es una de las líneas de investigación de la Red Española de Investigación en Taxonomías Enfermeras (REITE).

La creciente preocupación por obtener resultados precisos, fidedignos y comparables en las instituciones sanitarias,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8568724>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8568724>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)